

الله الرحمن الرحيم



دانشکده کشاورزی
گروه مدیریت توسعه‌ی روستایی

پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی توسعه‌ی روستایی

ارزیابی میزان رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی - درمانی
خانه‌های بهداشت: مورد مطالعه بخش صومای برادوست شهرستان
ارومیه

استاد راهنما:
دکتر مصطفی احمدوند

اساتید مشاور:
دکتر مریم شریف‌زاده
دکتر رحیم استوار

پژوهشگر:
عابد ابراهیمی مستکانی

تیر ماه ۱۳۹۳

رساله‌ی حاضر حاصل پژوهش‌های نگارنده در دوره‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی توسعه‌ی روستایی است که در تیر ماه سال ۱۳۹۳ در دانشکده‌ی کشاورزی دانشگاه یاسوج به راهنمایی جناب آقای دکتر مصطفی احمدوند و مشاوره‌ی سرکار خانم دکتر مریم شریف‌زاده و جناب آقای دکتر رحیم استوار از آن دفاع شده است و کلیه حقوق مادی و معنوی آن متعلق به دانشگاه یاسوج است.



دانشکده کشاورزی
گروه مدیریت توسعه‌ی روستایی

ارزیابی میزان رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی - درمانی خانه‌های بهداشت:
مورد مطالعه بخش صومای برادوست شهرستان ارومیه

به وسیله‌ی:
عابد ابراهیمی مستکانی

پایان‌نامه
ارائه شده به تحصیلات تکمیلی دانشگاه به عنوان بخشی از فعالیت‌های تحصیلی لازم برای اخذ
درجه کارشناسی ارشد

در رشته‌ی:
توسعه‌ی روستایی

در تاریخ ۱۳۹۳/۴/۱۶ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

- | | | | |
|----------------------------|--------------------|--------------------------|-------|
| ۱- استاد راهنما: | دکتر مصطفی احمدوند | با مرتبه‌ی علمی استادیار | امضاء |
| ۲- استاد مشاور: | دکتر مریم شریفزاده | با مرتبه‌ی علمی استادیار | امضاء |
| ۳- استاد مشاور: | دکتر رحیم استوار | با مرتبه‌ی علمی استادیار | امضاء |
| ۴- استاد داور داخل گروه: | دکتر آیت‌اله کرمی | با مرتبه‌ی علمی استادیار | امضاء |
| ۵- نماینده تحصیلات تکمیلی: | دکتر علی مرادی | با مرتبه‌ی علمی استادیار | امضاء |

تیر ماه ۱۳۹۳

تقدیم به:

یکتا خالق هستی که یادش هر خاطره‌ای را در افشان می‌کند
امید در آن روز که مرا هیچ یار یا وری نیست یا ریم فرمایی.

و

تقدیم به یکتا صبورا عاشق پدرم و یکتا محبوب عشق و مرزوی

مادرم

و

برادران و خواهران صمیمی و یکرنگم یا ران صادق

روزهای سخت زندگانیم

و

استاد راهنمای بزرگوارم جناب آقای دکتر احمدوند.

سپاس‌گزاری

سپاس خدای را که سخنوران، در ستودن او بمانند و شمارندگان، شمردن نعمت‌های او ندانند و کوشندگان، حق او را گزاردن نتوانند و سلام و درود بر محمد و خاندان پاک او، طاهران معصوم، هم آنان که وجودمان وامدار وجودشان است؛ و نفرین پیوسته بر دشمنان ایشان تا روز رستاخیز....

جهت ادای وظیفه و احترام، بر خود لازم می‌دانم از همه‌ی کسانی که به شیوه‌های مختلف در انجام این پژوهش مرا یاری نموده‌اند کمال تشکر و امتنان را داشته باشم و اذعان نمایم که بدون بذل توجه و مساعی آن‌ها، یقیناً انجام این کار، بسیار پرمشقت و طاقت‌فرسا می‌بود. امیدوارم خداوند این سروران را در پناه خویش مصون و موفق داشته و توفیق روز افزون در تمام زمینه‌ها نصیبشان فرماید.

بدون شک جایگاه و منزلت معلم، اجل از آن است که در مقام قدردانی از زحمات بی شائبه‌ی او، با زبان قاصر و دست ناتوان، چیزی بنگاریم. اما از آنجایی که تجلیل از معلم، سپاس از انسانی است که هدف و غایت آفرینش را تأمین می‌کند و سلامت امانت‌هایی را که به دستش سپرده‌اند، تضمین؛ برحسب وظیفه و از باب " من لم یشکر المنعم من المخلوقین لم یشکر الله عزّ و جلّ "

با سپاس از استاد ارجمند و گران‌مایه، جناب آقای دکتر مصطفی احمدوند در مقام استاد راهنما که با نکته‌سنجی‌ها و راهنمایی‌های عالمانه و با درایت علمی مثال‌زدنی بر غنای علمی پژوهش افزودند؛

با سپاس از اساتید ارجمند و گران‌قدر سرکار خانم دکتر مریم شریف‌زاده و جناب آقای دکتر رحیم استوار در مقام استاد مشاور که پیوسته در مراحل مختلف پژوهش با متانت و حوصله و با راهنمایی‌های روشن‌گرانه، انجام پژوهش را تسهیل نمودند؛

با سپاس از اساتید گروه مدیریت توسعه روستایی جناب آقای دکتر مهدی نوری‌پور، جناب آقای دکتر آیت‌اله کرمی و جناب آقای دکتر بهروز حسن‌پور که در طول تحصیل مرا از مشاوره‌ی علمی خود بهره‌مند نمودند.

با سپاس از خانواده‌ی بزرگواری که با تحمل مرارت‌ها و مشقت‌ها، بستری مساعد، جهت انجام این پژوهش برایم مهیا ساختند؛

با سپاس از دوستان بزرگواری جناب آقای اصغر آقاجانی، جناب آقای حکیم احمدی، آقای نعمت اقبالی و آقای مهندس مجید خضری و تمامی همکلاسی‌هایم که علاوه بر راهنمایی‌های ارزنده، همکاری شایسته‌ای در جمع‌آوری منابع و اطلاعات مورد نیاز با اینجانب داشته‌اند. آخر از همه و نه کمتر از همه، سپاس عمیق خود را نثار روستانشینان بخش صومای برادوست شهرستان ارومیه می‌سازم و برای ایشان توفیق روز افزون مسئلت می‌نمایم.

عابد ابراهیمی مستکانی

تیر ماه ۱۳۹۳

نام: عابد
نام خانوادگی: ابراهیمی مستکانی
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد
رشته و گرایش: توسعه روستایی / توسعه کشاورزی
استاد راهنما: دکتر مصطفی احمدوند
تاریخ دفاع: ۱۳۹۳/۴/۱۶

ارزیابی میزان رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی - درمانی خانه‌های بهداشت:

مورد مطالعه بخش صومای برادوست شهرستان ارومیه

چکیده

توسعه‌ی روستایی به عنوان یک فرآیند تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در محیط روستا، شامل بهبود بازدهی و افزایش اشتغال و درآمد روستاییان، تأمین حداقل‌های قابل قبول سطح تغذیه، مسکن، آموزش و پرورش و بهداشت می‌باشد. بنابراین، بهداشت و سلامت نیز یکی از شاخص‌های توسعه اجتماعی محسوب می‌شود و مسائل و مشکلات بهداشتی همان مشکلات توسعه هستند. بهداشت روستایی لازمی پیشرفت و توسعه روستاست. با توجه به مسایل روستا و ارتباط آن با شرایط بهداشت عمومی، مسایلی مانند تهیه آب آشامیدنی سالم و بهداشت مسکن، کمبود مواد غذایی، شرایط اقلیمی، محدودیت‌های استحمام و نظافت عمومی و وجود حشرات موذی باعث ایجاد شرایط نامساعد در مسیر توسعه روستاها می‌شوند. اطلاع از وضعیت بهداشت روانی و جسمی و تأمین غذا و آب سالم، دفع فضولات، گرما و روشنایی و نظر جامعه نسبت به بهداشت و بیماری در روستاها و رضایت آنها از خدمات بهداشتی-درمانی که توسط خانه‌های بهداشت ارائه می‌شوند، از اهمیت بسیاری برخوردار است. لذا، هدف پژوهش حاضر ارزیابی میزان رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی-درمانی خانه‌های بهداشت روستایی در بخش صومای برادوست شهرستان ارومیه بود. به این منظور، از تحقیق پیمایشی و به صورت مقطعی بهره گرفته شد. بدین ترتیب جامعه آماری این پژوهش، شامل خانوارهای روستایی (مرد و زن) ساکن در روستاهای بخش صومای برادوست شهرستان ارومیه بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده شد. بنابراین، نمونه آماری پژوهش بر دو گونه، روستاییان در روستاهای اصلی (۳۰ روستا) و روستاییان روستاهای اقمار (۶۷ روستا) بود. بر این اساس، تمامی روستاهای مرکز (۳۰ روستا) و ۴۵ روستای بالای ۲۰ خانوار در بین روستاهای اقمار به صورت تصادفی انتخاب شدند، که در مجموع، حجم نمونه آماری (تعداد روستاهای مورد مطالعه)، ۷۵ روستا تعیین گردید. آنگاه در هر روستا، ۵٪ کل خانوار روستایی (سرپرستان خانوار ترجیحاً یک زن و مرد) به عنوان نمونه‌ی آماری به صورت تصادفی مورد مطالعه و مصاحبه قرار گرفتند. کل خانوار منتخب جهت مصاحبه ۳۵۰ خانوار بود، که از این میان، ۲۴۲ خانوار مربوط به روستاهای مرکز و ۱۰۸ خانوار نیز در روستاهای اقمار به صورت تصادفی مورد مطالعه قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌ی ساختارمند و محقق‌ساخته استفاده شد، و به منظور تعیین روایی آن، از روایی صوری و محتوایی و برای تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ بهره گرفته شد، که این ضریب بین ۰/۳۸ تا ۰/۹۷ برآورد شد و نشان از بهینگی پرسش‌نامه داشت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آماره‌های توصیفی، نظیر فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و آماره‌های استنباطی، نظیر انحراف معیار، ضریب تغییرات، ضریب

همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی و آزمون T مستقل، تحت نرم‌افزار SPSS²² استفاده شد. یافته‌ها حاکی از این بود که، بعد مراقبت از مادر و کودک برحسب ضریب تغییرات، از میان ۱۰ بعد رضایت، دارای بالاترین رتبه و بعد بهداشت روان دارای پایین‌ترین رتبه نسبت به سایر ابعاد بودند. فزون بر آن، مقدار میانگین رضایت کل (۳/۶۷) بوده که برحسب دامنه میانگین، نشان‌دهنده این است که، پاسخ‌گویان از خدمات بهداشتی-درمانی خانه‌های بهداشت تا حدودی رضایت داشتند. همچنین، نتایج تحلیل ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که، بین اکثر متغیرهای مستقل مورد مطالعه با متغیر وابسته رضایت کل همبستگی متوسطی وجود دارد. لیکن، بین دو متغیر وضعیت بیمه خانوار و وضعیت فیزیکی خانه بهداشت با رضایت کل از لحاظ آماری هیچ رابطه‌ای وجود نداشت. از طرفی، نتایج حاصل از آزمون رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که، دسته متغیرهای جمعیت‌شناختی بیشترین سهم (۲۷/۵٪) را در تبیین رضایت کل داشتند. همچنین، یافته‌های حاصل از آزمون T مستقل بیانگر این بود که، بین میانگین رضایت کل در روستاهای اصلی و روستاهای قمر، تفاوت معنی‌داری ($P=0/004$) وجود دارد. باتوجه به نتایج به دست آمده در این قسمت از پژوهش، میانگین رضایت پاسخ‌گویان در روستاهای اصلی بیشتر از میانگین رضایت کل در روستاهای قمر بود و در نهایت، یک مدل پارادایمی جهت بهبود رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی-درمانی خانه‌های بهداشت روستایی ارائه شد.

کلید واژگان: خانه بهداشت، خدمات بهداشتی-درمانی، رضایت‌مندی، رگرسیون سلسله مراتبی، صومای برادوست.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول: مقدمه	
۱-۱	اهمیت موضوع.....
۵-۱	بیان مسئله.....
۳-۱	اهداف تحقیق.....
۱-۳-۱	هدف کلی.....
۲-۳-۱	اهداف اختصاصی.....
۴-۱	پرسش‌های پژوهش.....
۵-۱	قلمروهای تحقیق.....
۱-۵-۱	قلمرو مکانی.....
۲-۵-۱	قلمرو موضوعی.....
۶-۱	محدودیت‌های پژوهش.....
فصل دوم: مبانی نظری پژوهش و مرور پیشینه نگاشته‌ها	
۱-۲	روستا و روستانشینی.....
۲-۲	تاریخچه تشکیلات بهداشتی در ایران.....
۱-۲-۲	گروه سیار.....
۲-۲-۲	طرح تربیت بهدار.....
۳-۲-۲	سپاه بهداشت.....
۴-۲-۲	طرح آذربایجان غربی.....
۳-۲	خانه بهداشت.....
۱-۳-۲	شرایط استقرار خانه بهداشت.....
۴-۲	وظایف خانه بهداشت.....
۱-۴-۲	سرشماری سالانه و ثبت اطلاعات.....
۲-۴-۲	آموزش بهداشت عمومی.....
۳-۴-۲	تشکیل گروه‌های داوطلب و شوراهای محلی بهداشت.....
۴-۴-۲	مراقبت از زنان باردار.....
۵-۴-۲	مراقبت از کودکان.....
۶-۴-۲	خدمات تنظیم خانواده.....
۷-۴-۲	آموزش و مراقبت تغذیه‌ای.....
۸-۴-۲	مراقبت از دانش‌آموزان و نظارت بر بهداشت مدارس.....
۹-۴-۲	بهداشت دهان و دندان.....

۱۷	۱۰-۴-۲: فعالیتهای ایمن سازی
۱۷	۱۱-۴-۲: نظارت بر موازین بهداشت حرفه‌ای
۱۸	۱۲-۴-۲: بیماری‌یابی (مدیریت بیماری‌ها)
۱۸	۱۳-۴-۲: نظارت بر بهداشت محیط
۱۹	۱۴-۴-۲: توسعه کمک‌های اولیه درمانی و پیگیری
۱۹	۱۵-۴-۲: فعالیتهای بهداشت روان
۲۰	۵-۲: بهداشت و توسعه روستایی
۲۱	۶-۲: مفهوم خدمات
۲۱	۷-۲: مشخصات خدمات و وجوه تمایز آن با کالا
۲۳	۸-۲: طبقه‌بندی خدمات
۲۳	۹-۲: نظام عرضه خدمات بهداشتی در ایران
۲۴	۱۰-۲: سطح‌بندی خدمات بهداشتی در ایران
۲۵	۱۱-۲: تعاریف و مفاهیم رضایت
۲۶	۱۲-۲: نظریه‌های رضایت شغلی
۲۶	۱۳-۲: رضایت از دیدگاه جامعه‌شناختی
۲۷	۱۴-۲: اندازه‌گیری رضایت‌مندی اولیه و نهایی
۲۷	۱۵-۲: روش‌های اندازه‌گیری رضایت مشتری
۲۸	۱-۱۵-۲: روش‌های نظری
۲۸	۲-۱۵-۲: روش‌های عینی
۲۹	۱۶-۲: شاخص‌های اندازه‌گیری رضایت
۲۸	۱-۱۶-۲: مدل کانو
۳۰	۲-۱۶-۲: مدل فورنل
۳۱	۳-۱۶-۲: مدل شاخص رضایت مشتری آمریکا
۳۲	۴-۱۶-۲: مدل سرکوال
۳۳	۱۷-۲: مروری بر مطالعات گذشته
۳۳	۱-۱۷-۲: پیشینه مطالعات خارجی
۳۵	۲-۱۷-۲: پیشینه مطالعات داخلی
۳۷	۱۸-۲: جمع‌بندی مطالعات گذشته

فصل سوم: مواد و روش‌ها

۳۹	۱-۳: مقدمه
۳۹	۲-۳: روش تحقیق
۴۰	۳-۳: جامعه پژوهش
۴۰	۴-۳: نمونه آماری و روش نمونه‌گیری
۴۰	۵-۳: واحد گزارشگر و تحلیل
۴۱	۶-۳: ابزار گردآوری داده‌ها
۴۱	۷-۳: روایی و پایایی پرسشنامه
۴۱	۱-۷-۳: روایی پرسشنامه
۴۲	۲-۷-۳: پایایی پرسشنامه
۴۳	۸-۳: فرآیند تعیین شاخص‌های پژوهش

۴۴	تعریف متغیرها
۴۵	متغیر مستقل
۴۵	متغیر وابسته
۴۵	متغیر میانجی یا تعدیل کننده
۴۵	تعریف مفهومی و کارکردی متغیرها
۴۸	نحوه تجزیه و تحلیل داده‌ها
۴۸	آمارهای توصیفی
۴۹	آمارهای استنباطی
۴۹	آزمون‌های آماری
۴۹	روش‌شناسی هدف اول
۵۰	روش‌شناسی هدف دوم
۵۰	روش‌شناسی هدف سوم

فصل چهارم: یافته‌ها و بحث

۵۲	مقدمه
۵۲	یافته‌های توصیفی
۵۲	ویژگی‌های سن و تعداد فرزندان، افراد مورد مطالعه
۵۳	ویژگی‌های سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه
۵۳	ویژگی‌های وضعیت اشتغال افراد مورد مطالعه
۵۴	وضعیت بیمه خدمات درمانی خانوارهای مورد مطالعه
۵۴	ویژگی‌های محل سکونت خانوارهای مورد مطالعه
۵۵	تعیین وضعیت ویژگی‌های رفتاری و فنی بهورزان و وضعیت فیزیکی خانه‌های بهداشت
۵۵	وضعیت ویژگی‌های رفتاری بهورزان
۵۶	وضعیت فیزیکی خانه‌های بهداشت
۵۶	وضعیت مهارت‌های فنی بهورزان
۵۷	تعیین میزان رضایت مربوط به هر بعد و محاسبه رضایت کل
۵۷	تعیین میزان رضایت از بعد مراقبت از زنان و کودکان
۵۸	تعیین میزان رضایت از بعد نظارت بر بهداشت مدارس
۵۸	تعیین میزان رضایت از بعد بهداشت دهان و دندان
۵۹	تعیین میزان رضایت از بعد فعالیت‌های ایمن‌سازی
۶۰	تعیین میزان رضایت از بعد مدیریت بیماری‌ها
۶۰	تعیین میزان رضایت از بعد توسعه کمک‌های اولیه درمانی و پیگیری
۶۱	تعیین میزان رضایت از بعد نظارت بر بهداشت محیط
۶۱	تعیین میزان رضایت از بعد نظارت بر بهداشت حرفه‌ای
۶۲	تعیین میزان رضایت از بعد فعالیت‌های بهداشت روان
۶۲	تعیین میزان رضایت از بعد خدمات تنظیم خانواده
۶۳	تعیین میزان رضایت کل از خدمات بهداشتی-درمانی خانه‌های بهداشت روستایی
۶۴	یافته‌های استنباطی
۶۴	تحلیل همبستگی متغیرهای مستقل پژوهش و متغیر وابسته
۶۷	بررسی پیش‌بینی میزان رضایت کل براساس متغیرهای مستقل

۷۰.....	۳-۳-۴: مقایسه رضایت کل در روستاهای اصلی و قمر
فصل پنجم: نتیجه‌گیری و پیشنهادها	
۷۱.....	۱-۵: مقدمه.....
۷۲.....	۲-۵: نتیجه‌گیری.....
۷۲.....	۱-۲-۵: نتایج مرحله اول: تعیین عوامل تعیین‌کننده رضایت
۷۲.....	۲-۲-۵: نتایج مرحله دوم پژوهش: مقایسه رضایت‌مندی بین روستاهای اصلی و قمر
۷۳.....	۳-۵: پیشنهادها.....
۷۴.....	۴-۵: ارائه مدل پارادایمی برای بهبود رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی درمانی خانه‌های بهداشت.....
۷۷.....	منابع.....

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۳: نتایج حاصل از آزمون آلفای کرنباخ به منظور بررسی پایایی پرسشنامه	۴۳
جدول ۱-۴: ویژگی‌های سن و تعداد فرزندان خانوارهای مورد مطالعه	۵۳
جدول ۲-۴: سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه	۵۳
جدول ۳-۴: وضعیت اشتغال افراد مورد مطالعه	۵۴
جدول ۴-۴: وضعیت بیمه خانوارهای مورد مطالعه	۵۴
جدول ۵-۴: محل سکونت خانوارهای مورد مطالعه	۵۴
جدول ۶-۴: نتایج ضریب تغییرات بعد ویژگی‌های رفتاری بهورزان	۵۵
جدول ۷-۴: نتایج ضریب تغییرات بعد وضعیت فیزیکی خانه بهداشت	۵۶
جدول ۸-۴: نتایج ضریب تغییرات بعد مهارت‌های فنی بهورزان	۵۶
جدول ۹-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از بعد مراقبت از زنان و کودکان	۵۷
جدول ۱۰-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از بعد بهداشت مدارس	۵۸
جدول ۱۱-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از بعد بهداشت دهان و دندان	۵۹
جدول ۱۲-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از بعد ایمن‌سازی	۵۹
جدول ۱۳-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از بعد مدیریت بیماری‌ها	۶۰
جدول ۱۴-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از بعد کمک‌های اولیه و پیگیری درمان	۶۰
جدول ۱۵-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از بعد بهداشت محیط	۶۱
جدول ۱۶-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از بعد بهداشت حرفه‌ای	۶۲
جدول ۱۷-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از بعد بهداشت روان	۶۲
جدول ۱۸-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از بعد تنظیم خانواده	۶۳
جدول ۱۹-۴: نتایج ضریب تغییرات رضایت از ابعاد رضایت کل	۶۴
جدول ۲۰-۴: تحلیل همبستگی متغیرهای مستقل با رضایت کل	۶۵
جدول ۲۱-۴: نتایج حاصل از رگرسیون سلسله مراتبی بر رضایت کل	۶۷
جدول ۲۲-۴: ضرایب متغیرها در معادله نهایی رگرسیون	۶۹
جدول ۲۳-۴: مقایسه رضایت کل در روستاهای اصلی و قمر	۷۰

فهرست نگاره‌ها یا نمودارها

صفحه	عنوان
۲۵.....	نگاره ۱-۲: تعریف مفهومی رضایت مشتری (ریچارد الیور، ۱۹۹۷).....
۲۸.....	نگاره ۲-۲: روش‌های اندازه‌گیری رضایت مشتری (کاوسی و سقایی، ۱۳۸۸).....
۲۹.....	نگاره ۳-۲: مدل کانو (ملکی و دارابی، ۱۳۸۷).....
۳۰.....	نگاره ۴-۲: مدل فورنل (ملکی و دارابی ۱۳۸۷).....
۳۲.....	نگاره ۵-۲: مدل شاخص رضایت مشتری آمریکا (کاوسی و سقایی، ۱۳۸۸).....
۳۸.....	نگاره ۶-۲: چارچوب نظری پژوهش.....
۷۶.....	نگاره ۱-۵: مدل پارادایمی جلب رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی-درمانی خانه‌های بهداشت روستایی.....

فصل اول

مقدمه

۱-۱- اهمیت و ضرورت موضوع

سلامت انسان‌ها به عنوان یک حق اساسی، یک دارایی و سرمایه ارزشمندی برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع است. تمامی کشورها نیز از این حق به عنوان اساسی‌ترین حق مردم کشور خود نام برده‌اند و حکومت‌ها، حفظ و ارتقای آن را جزء مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره‌شان محسوب نموده‌اند (اسماعیل مطلق و همکاران، ۱۳۸۷). از طرفی، سلامت و بهداشت یکی از ابعاد مهم توسعه اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی می‌باشد که با این تفکر، انسان سالم را محور توسعه پایدار می‌نامند، چرا که انسان سالم، جامعه سالم را می‌سازد و این امر هنگامی نهادینه می‌گردد که ابعاد مختلف سلامت یعنی سلامت جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و غیره ارتقا یابد (سهیلی، ۱۳۸۹).

هم‌چنین، قرآن و سنت بر اهمیت و تأثیر بهداشت در زندگی دنیوی و اخروی اشاره فراوان دارد. برای نمونه می‌توان به استناد، یکی از مصادیق آیه شریفه «وَلَا تَلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» (بقره/ ۱۹۵)، ضرورت رعایت بهداشت را برای پیشگیری از هلاکت استنباط کرد و چون مقدمه واجب، واجب است، رعایت بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها برای حفظ جان مسلمانان واجب خواهد بود و اگر آگاهانه و از روی عمد در حفظ جان مسلمانان کوتاهی شود، کاری بسیار ناپسند و شایسته عقوبت خواهد بود. اسلام چون سلامتی را نیاز اساسی و ضامن بقای نسل آدمی می‌داند، راه‌کارهای فراوانی برای حفظ و تأمین آن پیش روی بشر قرار می‌دهد. در آموزه‌های دینی به صدها رهنمود در زمینه تغذیه، خواب، آمیزش جنسی، کار و محیط برخورد می‌شود که به دنبال کشاندن انسان به سوی سلامتی فردی می‌باشند. فزون بر این، رهنمودهای فراوانی درباره سلامت روانی، روحی، خانوادگی، اجتماعی و غیره وجود دارد که گویای جامع‌نگری اسلام به موضوع سلامت می‌باشد. امروزه بخش بهداشت یکی از مهم‌ترین بخش‌های خدماتی و یکی از شاخص‌های اصلی توسعه و رفاه اجتماعی تلقی می‌گردد. تأمین سلامتی و بهداشت حق اساسی کلیه مردم هر جامعه می‌باشد، این حقوق تقریباً توسط همه‌ی دولت‌های جهان به رسمیت شناخته شده است. در واقع، مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، خدماتی

هستند که با هدف حفظ، ارتقاء و بازگرداندن سلامتی به وسیله‌ی متخصصان یا کارکنان نظام بهداشتی-درمانی به افراد جوامع ارائه می‌گردد (پارک و پارک، ۱۳۷۳).

هم‌چنین قوانین هر کشور گویای جایگاه سلامت نزد حاکمیت آن کشور است. با توجه به نقش سلامت در توسعه و پیشرفت کشور و نهادینه شدن شعار «انسان سالم؛ محور توسعه پایدار» در تدوین و تصویب قوانین، به موضوع سلامت اهمیت ویژه داده شده است. در اصول ۳، ۲۹، ۳۰ و ۳۴ قانون اساسی بر موضوع سلامت و آموزش تأکید شده است. اصل ۲۹ قانون اساسی، تأمین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را وظایف دولت برشمرده است (زارع‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۷). فزون بر آن، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (اصول ۳، ۲۹، ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران). هم‌چنین از دیدگاه اجتماعی و سیاسی، سلامت حقی همگانی تلقی می‌گردد و خدمات سلامتی بنا به ماهیتی که دارند باید به طور پیوسته و با حمایت حاکمیت ارائه شوند. در واقع جهت‌گیری اصلی در اصلاح نظام سلامت از دیدگاه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، عدالت اجتماعی و رفع تبعیض در دسترسی به خدمات سلامتی برای آحاد مردم و تضمین تأمین مالی به لحاظ بهره‌مندی برای گروه‌های آسیب‌پذیر به ویژه فقرا است (پزشکیان، ۱۳۸۳).

مناطق روستایی نیز، بخش عمده‌ای از جمعیت و عرصه‌های طبیعی کشور را به خود اختصاص داده است و جامعه روستایی نقش اساسی در حیات اقتصادی و اجتماعی کشور دارد. با توجه به اهمیت و جایگاه جامعه روستایی در کشور و مشکلات و چالش‌هایی که این جامعه در فرآیند توسعه خود با آن مواجه است، شناخت و تحلیل ویژگی‌های برنامه‌ریزی توسعه روستایی در کشور و پرداختن به کلیه ابعاد آن ضرورت تام دارد (وزارت کشور، ۱۳۸۵).

بر همین اساس، موضوع سلامت در روستا در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفت و ارائه مراقبت سلامت روستا به عنوان یک دلوپسی و بحث بین‌المللی مطرح است (رس^۱، ۲۰۰۸). سلامت این افراد یک دلوپسی بزرگ برای پرستاران، ماماها و دیگر فراهم‌آوردگان مراقبت سلامت و هم‌چنین نظام‌های ارائه مراقبت سلامتی و دولت است. حدود نیمی از جمعیت هفت میلیاردی دنیا هنوز در مناطق روستایی زندگی می‌کنند. اگر نیمی از جمعیت دنیا در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، خدمات قابل ملاحظه‌ای در آن مناطق لازم است (کرتی^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). اکنون سلامت نه به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان یک تقاضا از سوی جمع کثیری از مردم قرار گرفته است. در حال حاضر توسعه‌یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طیف‌های مختلف طبقات اجتماعی و نیز میزان حفاظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌نمایند (اسماعیل مطلق و همکاران، ۱۳۸۷). با وجود این که هدف نهایی تدابیر مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و برنامه‌های مربوط به آن‌ها، ارتقاء و بهبود شرایط زندگی است،

^۱. Ross

^۲. Carty

اما مناسب‌ترین هدف برای خدمات بهداشتی-درمانی، دسترسی یکسان تمام مردم سرزمین ملی به خدمات ذی‌ربط می‌باشد (براتی و همکاران، ۱۳۸۵). وضعیت خدمات بهداشتی در کشورهای توسعه یافته تا حدود زیادی رضایت‌بخش می‌باشد، اما در کشورهای در حال توسعه به دلایل مختلف از قبیل فقدان برنامه‌ریزی بهداشت ملی، سیستم غلط خدمات بهداشت و درمان و کم اهمیت قلمداد کردن بخش بهداشت، سهم کم‌تری از امکانات و منابع خود را در اختیار این بخش قرار می‌دهند و بدین لحاظ شکاف عمیقی بین کشورهای در حال توسعه و پیشرفته مشاهده می‌شود (نیک‌پور و همکاران، ۱۳۶۸). توزیع عادلانه خدمات بهداشتی و درمانی و میزان دسترسی افراد مختلف جامعه به آن در مناطق شهری و روستایی به عنوان مهم‌ترین وظیفه و رسالت بخش بهداشت و درمان محسوب می‌شود. از این‌رو، مسئولان بخش بهداشتی و درمانی می‌کوشند تا به وسیله افزایش نهادها و فعالیت‌ها در مناطق مختلف کشور، توزیع عادلانه‌ای را برای دسترسی جمعیت به این خدمات فراهم آورند (کریمی و همکاران، ۱۳۸۸). در کشور ما، از حدود سال‌های ۱۳۵۳ کار مطالعاتی روی نظام سلامت آغاز گردید و پس از حدود پنج سال اولین نشانه‌های استقرار این نظام در سال ۱۳۵۸ نمایان شد ولی تا استقرار کامل شبکه‌های بهداشتی درمانی یعنی در سال ۱۳۶۴ این روند ادامه یافت. پس از استقرار برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱ که نتیجه آن راه‌اندازی خانه‌های بهداشت و به دنبال آن مراکز بهداشتی درمانی روستایی در سطح روستاها و هم‌چنین پایگاه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی شهری در سطح شهرها و سایر ساختارهای نظام سلامت بود، شاهد پیشرفت سال به سال شاخص‌های سلامت که نتیجه تلاش و موفقیت همه جانبه طراحان برنامه در جلب نظر سیاست‌مداران بود، هستیم (نائلی و مقیمی، ۱۳۷۹).

بذر بهداشت که ۳۹۰۰ سال قبل از میلاد مسیح کاشته شده بود، پس از فراز و نشیب‌های بسیار و پیشرفت تدریجی و آرام، در سال ۱۹۴۶، عالی‌ترین ثمرات خود را به بار آورد. در این سال بود که اساسنامه سازمان جهانی بهداشت به تصویب رسید و در سال ۱۹۴۸ به مرحله اجرا گذارده شد. علت به وجود آمدن چنین سازمانی که در سطح جهانی کار کند، این بود که بیماری را دشمن مشترک بشریت در سراسر جهان می‌دانستند. زیرا اگر یک بیماری واگیردار در کشوری شیوع می‌یافت، سایر ممالک از آن در امان نبودند (حلم‌سرشت و دل‌پیشه، ۱۳۷۷). سازمان جهانی بهداشت که در حال حاضر بیش از ۱۵۰ کشور جهان عضو آن هستند، با مبادله اطلاعات و تجربیات خود، برای رسیدن به بالاترین سطح ممکن بهداشت در سراسر جهان با یکدیگر تشریک مساعی می‌کنند. این سازمان‌ها هم تلاش خود را معطوف به رفع مشکلات بهداشتی که کشورهای جهان قادر نیستند با منابع موجود خود آن‌ها را حل کنند، می‌نمایند (حلم‌سرشت و دل‌پیشه، ۱۳۷۷).

خدمات مراقبت بهداشتی اولیه در ایران بر پایه سامانه مبتنی بر ارجاع بنا شده، که نخستین و پایه‌ترین سطح آن خانه بهداشت و به‌روز شاغل در خانه بهداشت است. کارشناس سلامت با نظارت یک پزشک عمومی به ارائه خدمات سرپایی به موارد ارجاع شده می‌پردازد. خانه بهداشت زیر نظر مرکز بهداشت درمانی روستایی اداره می‌شود (محیط و همکاران، ۱۳۷۷). شبکه بهداشتی درمانی کشور از

^۱. PHC

سال ۱۳۶۴ با هدف تضمین عادلانه دسترسی کلیه آحاد جامعه به مراقبت‌های اولیه بهداشتی، با اولویت مناطق روستایی و محروم، به تدریج در کشور مستقر شده است. این شبکه، مناطق روستایی و شهری، هر دو را شامل می‌شود. ابتدا با تجزیه برنامه‌ها به فعالیت‌ها، وظایف و تعیین سهمی که هر واحد اجرایی در قبال یک برنامه به عهده دارد، مشخص گردید که برای خدمات ۱۵۰۰ نفر جمعیت، یک خانه بهداشت نیاز است و از طرف دیگر، وسعت کشور و وجود روستاهایی که تعداد جمعیت کمتری دارند، باعث شد که طرح گرد هم جمع کردن چند روستا به صورت یک خانه بهداشت و بقیه به صورت روستاهای قمر مدنظر قرار گرفت (فرحی شاهگلی، ۱۳۸۵). خانه بهداشت ابتدایی‌ترین واحد ارائه خدمت در نظام شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور است. هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیایی، به ویژه امکانات ارتباطی و جمعیت یک یا چند روستا را در پوشش خدمات خود دارد و به طور متوسط هر پنج خانه بهداشت تحت پوشش و نظارت یک مرکز بهداشتی-درمانی روستایی قرار می‌گیرد. کارکنان خانه بهداشت را بهورزان و بهداشت‌یاران تشکیل می‌دهند که در تشکیلات جدید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال ۱۳۶۸ به هر دو گروه بهورز اطلاق می‌شود. فاصله خانه بهداشت از مرکز بهداشتی-درمانی باید حداکثر ۴۰ کیلومتر باشد و مرکز بهداشتی-درمانی در مسیر حرکت طبیعی مردم قرار داشته باشد (فرحی شاهگلی، ۱۳۸۵). بنابراین، سازمان‌ها جهت سنجش کیفیت خدمات و پیشرفت آینده خود به سنجش رضایت مراجعین و مشتریان اقدام می‌کنند، لذا اندازه‌گیری رضایت مشتریان یکی از فعالیت‌های بسیار مهم هر سازمان است. سازمانی که بتواند رضایت مشتریان را اندازه‌گیری نماید، دقیقاً مانند آن است که علائم حیاتی خود را اندازه‌گیری و سازمان خود را کنترل کرده و مطابق با آن سازمان خود را پیش ببرد (صفدری، ۱۳۸۷). در بخش بهداشت و سلامت، رضایت از خدمات، شاخص مناسبی برای سنجش کیفیت خدمات و نحوه ارائه آن‌ها از نظر گیرندگان خدمت است. لذا، بررسی‌های رضایت‌سنجی، عامل مهمی در تأمین اطلاعات مورد نیاز برای مداخله جهت ارتقای سطح فرآیندهای تولید و یا خدمت با هدف تطبیق کالا یا خدمت با نیازها و انتظارات مشتریان است (فرزندی و همکاران، ۱۳۹۰). هم‌چنین رضایت‌مندی به عنوان شاخصی جهت بررسی کیفیت خدمات ارائه شده طی چند دهه اخیر جایگاه ویژه‌ای یافته است. یک نظام بهداشتی کارا فقط از طریق ارائه خدمات مطلوب می‌تواند به رسالت خود یعنی تأمین سلامت افراد جامعه اقدام نماید و راه ارزیابی این نظام، ارزیابی خدمات آن است که احساس رضایت از بازتاب توازن میان آرزوهای شخصی و وضعیت عینی فردی به وجود می‌آید (اینگلههارت^۱، ۱۹۹۴). بدیهی است، رضایت مردم تحت پوشش از خدمات ارائه شده، نقش مهمی در جلب مشارکت آنان دارد و افزایش سطح رضایت مردم موجب مشارکت بیشتر و هم‌چنین افزایش کارایی سیستم خدمات بهداشتی و خانه‌های بهداشت می‌گردد که این خود موجب تأمین بهتر نیازهای بهداشتی جامعه تحت پوشش می‌شود (نانبخش و پورعلی، ۱۳۸۰).

^۱. Ingelhart

۱-۲- بیان مسئله (سؤال تحقیق)

در دهه ۱۹۶۰ بسیاری از کشورهای در حال توسعه، شوق زیادی را برای ارائه خدمات درمانی و مراقبت‌های پیشگیری نشان دادند، ولی هم‌چنان به دلیل فقر فرهنگی و فقدان شیوه و رویکرد مناسب به این خدمات، استفاده از این خدمات را دچار مشکل نموده بود. یکی از مشکلات مهم در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشورهای جهان سوم، کمبود امکانات و نیروی انسانی بهداشتی و توزیع نادرست آن‌ها در مناطق شهری و روستایی است. لیکن، توسعه بهداشت کشورها، تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی، سیاسی، فرهنگی، جمعیتی و غیره قرار دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۶۴). علی‌رغم تنوع نظام‌های سلامت، تنگنانهایی که این نظام‌ها با آن روبرو هستند مشترک است: سهم بخش سلامت از تولید ناخالص ملی کشور آن اندازه نیست که انتظارات موجود از بخش را برآورد، آنچه سهم بخش قرار می‌گیرد با کارایی کامل مصرف نمی‌شود، اعتبارات صرف کارهایی می‌شوند که هزینه اثربخش آن‌ها محدود است، دسترسی مردم به خدمات کامل نیست، منابعی که در اختیار بخش قرار می‌گیرد عادلانه توزیع نمی‌شوند، به سبب کیفیت نامطلوب، خدمات پاسخ‌گوی نیاز یا تأمین‌کننده رضایت مردم نیستند (قریحه و پروین‌نیا، ۱۳۹۰). بی‌شک در ضمن دو دهه گذشته شاخص‌های سلامت در ایران به طور قابل توجهی بهبود یافته‌اند. لیکن گرچه یک بهبود قابل توجهی در وضعیت مراقبت سلامتی در ضمن بیست سال گذشته برای ایرانی‌ها وجود داشته است، اما هنوز نظام ارائه مراقبت سلامت در مناطق روستایی در برخورد با نیازهای جامعه با چالش‌های زیادی مواجه است (اسکندری و همکاران، ۱۳۹۰). مراقبین سلامت جامعه، در جوامع روستایی ایران با چالش‌های جدیدی در روند مراقبت از سلامت مواجه شده‌اند. یکی از این چالش‌ها تغییر در ویژگی‌های جامعه روستایی است. سبک زندگی و الگوهای بیماری در جوامع روستایی در حال تغییر می‌باشند و بیماری‌های مزمن مخصوصاً فشار خون و دیابت در حال تبدیل شدن به یک مشکل سلامتی اصلی در این جوامع می‌باشد، که علت اصلی آن تغییرات سبک زندگی مردم و شبیه شدن رفتارهای مرتبط با سلامت‌شان با مردم نواحی شهرنشین می‌باشد. از طرف دیگر، احساس قابلیت و صلاحیت ناکافی مراقبین سلامت و محدودیت توانایی آن‌ها به لحاظ مهارت‌ها و توانمندی‌های آموزشی آن‌ها از دیگر چالش‌های در حال ظهور در حوزه فرآیند مراقبت در روستا می‌باشد، هم‌چنین کاهش رغبت دریافت مراقبت توسط مردم مناطق روستایی نیز از دیگر چالش‌های در حال ظهور در روند مراقبت است (اسکندری و همکاران، ۱۳۹۰). روستا محیطی است که ۲۸ درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دهد و از طرفی، به دلیل یکسری عوامل از جمله: نگهداری دام در محیط خانه، فقدان سامانه تصفیه آب آشامیدنی، عدم وجود شبکه جمع‌آوری فاضلاب و بسیاری از موارد دیگر، احتمال خطر مبتلا به بیماری‌های مزمن برای مردم روستایی وجود دارد و به همین خاطر است که اکثریت مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های شهری را روستاییان تشکیل می‌دهند. در شهرها با گذشت زمان، شبکه بهداشت و سلامت، خدمات و امکانات مطلوب و با کیفیتی به مردم ارائه می‌دهند، ولی در روستاها این‌گونه نیست و مراکز خدمات درمانی و خانه‌های بهداشت همان خدمات و امکاناتی را که قبلاً ارائه می‌دادند، اکنون نیز همان امکانات و خدمات را ارائه می‌دهند و از طرفی ارائه‌دهندگان خدمات در روستاها از تخصص و مهارت کافی برخوردار نیستند و شاید به همین دلیل باشد که مردم رغبت کمتری برای مراجعه به مراکز در روستاها از خود نشان می‌دهند. در مجموع

می‌توان گفت که توزیع عادلانه خدمات و امکانات بهداشت و درمان در بین روستاها و شهرها صورت نمی‌گیرد و این باعث ایجاد شکاف عمیقی بین شاخص‌های سلامت و بهداشت در روستا و شهر می‌شود. هم‌چنین توسعه روستایی که یکی از اهداف و وسیله‌های آن بهداشت و سلامت روستاییان است با مشکل مواجه خواهد شد. در همین راستا، پژوهش حاضر به موضوع ارزیابی میزان رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی درمانی خانه‌های بهداشت روستایی در بخش صومای برادوست شهرستان ارومیه می‌پردازد. بنابراین، سؤالی که در این پژوهش مطرح می‌باشد، این است که سازوکارهای مورد نیاز جهت بهبود یا افزایش رضایت‌مندی روستاییان از خدمات بهداشتی درمانی کدامند و اصولاً این رضایت‌مندی باید چگونه صورت پذیرد؟ امید است که نتایج حاصل از این پژوهش بتواند با عنوان رهنمودی علمی جهت برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران ملی و منطقه‌ای در شبکه بهداشت و سلامت مؤثر واقع شود.

۱-۳- اهداف تحقیق

۱-۳-۱- هدف کلی

هدف کلی پژوهش حاضر، تعیین میزان رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی-درمانی خانه‌های بهداشت بخش صومای برادوست شهرستان ارومیه و ارائه تصویری روشن و واضح از این رضایت در منطقه‌ی مورد مطالعه به منظور برنامه‌ریزی‌های توسعه‌ی منطقه‌ای و روستایی می‌باشد.

۱-۳-۲- اهداف اختصاصی

اهداف اختصاصی پژوهش حاضر به شرح زیر است:

۱. شناسایی تعیین‌کننده‌های رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی و درمانی خانه‌های بهداشت روستایی؛
۲. مقایسه رضایت‌مندی روستاییان از خدمات بهداشتی-درمانی خانه‌های بهداشت در روستاهای اصلی و اقماری؛
۳. ارائه راهکارهای مناسب جهت بهبود رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی-درمانی خانه‌های بهداشت؛

۱-۴- پرسش‌های پژوهش

۱. رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی درمانی خانه‌های بهداشت چگونه است؟
۲. آیا میزان رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی درمانی در روستاهای اصلی و اقماری متفاوت است؟
۳. چگونه می‌توان رضایت روستاییان از خدمات بهداشتی درمانی خانه‌های بهداشت را بهبود بخشید؟